

Aborto con medicamentos

Se utilizan dos drogas para terminar un embarazo temprano. Embarazo temprano significa un embarazo de 10 semanas (70 días) o menos desde que comenzó el último periodo menstrual de la mujer. ^[1]

La primera droga (Mifepristona) bloquea una hormona (progesterona) necesaria para continuar el embarazo. La segunda droga (Misoprostol) provoca que el útero se contraiga. Tras utilizar ambas drogas, en general, el embarazo termina.

Lo que debe hacer

El aborto con medicamentos requiere más de una visita a su médico. En la primera visita, el médico determina la duración de su embarazo. Antes de poder comenzar el proceso de aborto, usted debe leer una guía especial sobre medicamentos y discutir los beneficios y riesgos de la primera droga.

Si elige el aborto con medicamentos, entonces debe firmar un formulario de consentimiento que diga que usted comprende los riesgos. En esta primera visita, usted recibirá la primera droga para comenzar con su aborto con medicamentos.

Se le administrará la segunda droga para comenzar las contracciones uno o dos días después. Estas tabletas pueden tomarse de una de dos formas: ya sea colocarlas en la vagina o en la boca, entre la mejilla y la encía. Las tabletas pueden tomarse en casa o en el consultorio médico.

Su médico decidirá cuándo debería regresar para su visita de seguimiento, en general, en una o dos semanas. La visita de seguimiento es importante. Su médico controlará para ver si su embarazo ha finalizado por completo. Si todavía está embarazada, podrá ser necesario un procedimiento quirúrgico.

Riesgos asociados con el aborto con medicamentos

Hay algunos riesgos y problemas que pueden ocurrir por el aborto con medicamentos. No todos los riesgos pueden aplicar a usted. Hable con su médico sobre posibles riesgos.

El sangrado vaginal y los calambres del útero ocurrirán en casi todas las pacientes. En algunos casos, el sangrado puede ser copioso. La mayoría de las mujeres sienten que el aborto con medicamentos es como un periodo menstrual denso y con calambres. Debería esperar sangrado profuso o leve durante al menos 9 a 16 días. Algunas mujeres tienen sangrado durante 30

días o más. En algunos casos, el sangrado en demasía puede requerir transfusiones de sangre, tratamiento con medicamentos y/o cirugía. Otros riesgos relacionados con el aborto con medicamentos incluyen la infección, el aborto incompleto, y la necesidad de tratamiento médico de emergencia. Los efectos secundarios comunes incluyen las náuseas, los vómitos y la diarrea. Como con cualquier procedimiento médico, la muerte es un riesgo. La muerte relacionada con el aborto ocurre en menos de uno de cada 100.000 abortos. ^[ii]

Es poco usual, pero algunas mujeres pueden experimentar sentimientos de tristeza, culpa, ira, problemas para dormir o para realizar actividades diarias tras su aborto. Estos síntomas también pueden ocurrir después del nacimiento de un bebé o después de un aborto espontáneo. Llame a su médico, autoridad de salud mental comunitaria, departamento de salud local u oficina de servicios humanos local para recibir ayuda si tiene alguno de estos síntomas fuertes o duraderos.

Riesgos y complicaciones asociados con el embarazo y el parto

La mayoría de los embarazos son normales. La mayoría de las mujeres que tienen una buena atención durante el embarazo y el parto tendrán un bebé sin problemas. Sin embargo, algunas mujeres pueden tener problemas de salud o del embarazo que pueden requerir atención especial u hospitalización durante el embarazo. Así como hay riesgos con el aborto, hay riesgos al continuar el embarazo a término.

Algunos de los problemas de embarazo que pueden generar la hospitalización incluyen un embarazo fuera del útero (embarazo ectópico), aborto espontáneo, vómitos en exceso durante el embarazo, infección del tracto urinario, sangrado profuso o infección, diabetes, preeclampsia y eclampsia (que provoca hinchazón, presión arterial alta y posibles convulsiones), coágulos sanguíneos, trabajo de parto prematuro o muerte del feto, recién nacido o de la persona embarazada.

La muerte de la madre ocurre en aproximadamente 17 casos de cada 100.000 nacimientos con vida en EE. UU. ^[iii]

Servicios disponibles

Muchos servicios pueden estar disponibles para usted si elige continuar con su embarazo. Puede ponerse en contacto con el Departamento de Salud y Servicios Humanos, su departamento de salud local, o su oficina de servicios humanos local para conocer sobre la ayuda en su comunidad. También puede leer sobre la atención prenatal y la información de crianza aquí:

[PAQUETE DE EDUCACIÓN SOBRE SALUD EN EL EMBARAZO Y PARA LA INFANCIA \(michigan.gov\).](#)

Si desea información sobre la adopción, póngase en contacto con su oficina de servicios humanos local o una agencia de adopción privada.

^[i] Régimen de Mifepristona aprobado por la FDA. 03 de marzo de 2016

^[ii] M. Paul, E.S. Lichtenberg, L. Borgatta, D.A. Grimes, P.G. Stubblefield, M.D. Creinin; Gestión de embarazo no intencionado o anormal: Atención integral para el aborto. Wiley-Blackwell, 2009, p. 225.

^[iii] Sistema de vigilancia de mortalidad por embarazo del CDC, diciembre de 2016
<https://www.cdc.gov/reproductivehealth/maternalinfanthealth/pmss.html>

Legrado (D&G) y aborto por aspiración con vacío

Este procedimiento, también conocido como aborto por aspiración con vacío, se utiliza mayormente en las primeras 12 a 13 semanas de embarazo (el primer trimestre). Este procedimiento generalmente se realiza en el consultorio médico o en una clínica.

En general, el médico abre el cérvix (el cuello del útero) primero. El cérvix se abre introduciendo y sacando varas de metal liso que abrirán con cuidado el cérvix en la medida exacta necesaria. Después de abrir el cérvix, se introduce un tubo plástico del tamaño aproximado del diámetro de un lápiz en el útero a través del cérvix abierto. El tubo está conectado a un dispositivo de succión que succiona el tejido del embarazo.

El procedimiento generalmente dura de 5 a 10 minutos. Puede tener calambres uterinos después. Permanecerá en el consultorio médico durante aproximadamente 30 minutos después del procedimiento para asegurarse de que se encuentre bien, antes de que se le permita irse.

La mayoría de las mujeres sienten algo de dolor durante el procedimiento. El dolor se asemeja a los calambres menstruales, pero puede ser más intenso. Su médico debería hablarle sobre formas en que puede ayudar a lidiar con el dolor, como técnicas de relajación y medicamentos contra el dolor orales o inyectables. A veces se ofrece anestesia general (dormirse). Es importante que pregunte sobre las opciones disponibles para el dolor. Hable con su médico sobre los riesgos de cada tipo de gestión del dolor.

Riesgos y complicaciones asociadas con este tipo de aborto

A continuación, se presentan algunos de los posibles riesgos de este tipo de procedimiento de aborto. Hable con su médico sobre qué riesgos aplican a usted.

Los riesgos pueden incluir la infección, el sangrado intenso, un hueco o desgarro en la pared uterina, y lesiones en el cérvix. Un riesgo poco frecuente pero posible es que quede parte del tejido del embarazo dentro después del procedimiento. Esto puede provocar sangrado profuso y/o infección. Por cada 100 mujeres que reciben abortos quirúrgicos en el primer trimestre, 97 no tienen complicaciones; 2,5 tienen complicaciones leves que pueden solucionarse en el consultorio médico; y menos del 0,5 tiene complicaciones más graves. Las complicaciones graves pueden requerir una cirugía adicional o ser hospitalizada. ^[1]

Realizarse más de un aborto puede incrementar la posibilidad de un parto anticipado, tener bebés con bajo peso al nacer, o un problema médico en que el cérvix se abre con demasiada antelación, lo cual incrementa el riesgo de un aborto espontáneo en un futuro embarazo.

Es poco usual, pero algunas mujeres pueden experimentar sentimientos de tristeza, culpa, ira, problemas para dormir o para realizar actividades diarias tras su aborto. Estos síntomas también pueden ocurrir después del nacimiento de un bebé o después de un aborto espontáneo. Llame a su médico, autoridad de salud mental comunitaria, departamento de salud local u oficina de servicios humanos local para recibir ayuda si tiene alguno de estos síntomas fuertes o duraderos.

Como con cualquier procedimiento médico, la muerte es un riesgo. Sin embargo, la muerte relacionada con el aborto ocurre en menos de uno de cada 100,000 abortos. ^[ii]

Riesgos y complicaciones asociados con el embarazo y el parto

La mayoría de los embarazos son normales. La mayoría de las mujeres que tienen una buena atención durante el embarazo y el parto tendrán un bebé sin problemas. Sin embargo, algunas mujeres pueden tener problemas de salud o del embarazo que pueden requerir atención especial u hospitalización durante el embarazo. Así como hay riesgos con el aborto, hay riesgos al continuar el embarazo a término.

Algunos de los problemas de embarazo que pueden generar la hospitalización incluyen un embarazo fuera del útero (embarazo ectópico), aborto espontáneo, vómitos en exceso durante el embarazo, infección del tracto urinario, sangrado profuso o infección, diabetes, preeclampsia y eclampsia (que provoca hinchazón, presión arterial alta y posibles convulsiones), coágulos sanguíneos, trabajo de parto prematuro o muerte del feto, recién nacido o de la persona embarazada.

La muerte de la madre ocurre en aproximadamente 17 casos de cada 100.000 nacimientos con vida en EE. UU. ^[iii]

Servicios disponibles

Muchos servicios pueden estar disponibles para usted si elige continuar con su embarazo. Puede ponerse en contacto con el Departamento de Salud y Servicios Humanos, su departamento de salud local, o su oficina de servicios humanos local para conocer sobre la ayuda en su comunidad. También puede leer sobre la atención prenatal y la información de crianza aquí:

[PAQUETE DE EDUCACIÓN SOBRE SALUD EN EL EMBARAZO Y PARA LA INFANCIA \(michigan.gov\).](#)

Si desea información sobre la adopción, póngase en contacto con su oficina de servicios humanos local o una agencia de adopción privada.

^[i] M. Paul, E.S. Lichtenberg, L. Borgatta, D.A. Grimes, P.G. Stubblefield, M.D. Creinin; Gestión de embarazo no intencionado o anormal: Atención integral para el aborto. Wiley-Blackwell, 2009, p 136.

^[ii] M. Paul, E.S. Lichtenberg, L. Borgatta, D.A. Grimes, P.G. Stubblefield, M.D. Creinin; Gestión de embarazo no intencionado o anormal: Atención integral para el aborto. Wiley-Blackwell, 2009, p. 225.

^[iii] Sistema de vigilancia de mortalidad por embarazo del CDC, diciembre de 2016
<https://www.cdc.gov/reproductivehealth/maternalinfanthealth/pmss.html>

Aborto por parto inducido durante el segundo trimestre

Este procedimiento, también conocido como aborto por inducción médica, se utiliza mayormente después de las 16 semanas de embarazo. Implica utilizar uno o más medicamentos para comenzar el trabajo de parto y el parto del feto. Este proceso suele requerir una internación de dos o tres días, pero el periodo de internación puede variar. Este tipo de aborto se utiliza con más frecuencia para embarazos con defectos de nacimiento o complicaciones durante el embarazo.

A veces, el proceso comienza con una inyección para detener el latido fetal. La piel en su abdomen se anestesia con un analgésico, y se utiliza una aguja para inyectar un medicamento (digoxina o cloruro de potasio) a través de su abdomen al líquido que rodea al feto o al feto para detener el latido. Debería discutir los riesgos y beneficios de este paso con su médico.

Luego, se le administrarán medicamentos para comenzar las contracciones y para provocar que su cérvix (el cuello del útero) se dilate (se abra). Un medicamento (Misoprostol) puede tomarse por boca o colocarse en la vagina. Este tipo de aborto suele requerir varias dosis de este medicamento en varias horas. Los efectos secundarios de este medicamento pueden incluir dolor abdominal, náuseas, vómitos, diarrea, fiebre y escalofríos. Otro medicamento (Pitocin) puede utilizarse para provocar contracciones y apertura de su cérvix. Este medicamento se administra por vía intravenosa (IV), en general durante varias horas. Algunas mujeres reciben ambos medicamentos en algunas etapas durante la inducción del aborto.

Los dolores de parto suelen comenzar unas horas después de recibir el medicamento. Su médico debería contarle sobre los modos de gestionar el dolor durante la inducción de un aborto. Esto puede incluir técnicas de relajación, medicamentos orales o medicamentos inyectables intramusculares o intravenosos. Algunos médicos pueden ofrecerle una epidural. Debería discutir los tipos de gestión del dolor y sus riesgos con su médico antes de hacer su elección.

El parto del feto y de la placenta en general ocurren dentro de las 24 horas, pero no después. El periodo de internación en el hospital tras la inducción dependerá de su salud y otros factores. Algunas mujeres permanecen durante algunas horas y otras durante 1-2 días. Puede discutir su probable periodo de internación con su médico.

Riesgos y complicaciones

A continuación, se presentan posibles riesgos de este tipo de aborto. No todos los riesgos pueden ser aplicables a usted. Hable con su médico sobre qué riesgos son aplicables a usted.

Los riesgos pueden incluir la infección, el sangrado intenso, un hueco o desgarro en la pared uterina, lesiones en el cérvix, o una inducción fallida. Si la inducción no tiene éxito, puede requerir un procedimiento quirúrgico para completar la terminación del embarazo. Las complicaciones graves pueden requerir una cirugía adicional o ser hospitalizada. ^[i]

Realizarse más de un aborto puede incrementar la posibilidad de un parto anticipado en un embarazo futuro, tener bebés con bajo peso al nacer, o un problema médico en que el cérvix se abre con demasiada antelación, lo cual incrementa el riesgo de un aborto espontáneo en un futuro embarazo.

Es poco usual, pero algunas mujeres pueden experimentar sentimientos de tristeza, culpa, ira, problemas para dormir o para realizar actividades diarias tras su aborto. Estos síntomas también pueden ocurrir después del nacimiento de un bebé o después de un aborto espontáneo. Llame a su médico, autoridad de salud mental comunitaria, departamento de salud local u oficina de servicios humanos local para recibir ayuda si tiene alguno de estos síntomas fuertes o duraderos.

Como con cualquier procedimiento médico, la muerte es un riesgo. Sin embargo, la muerte relacionada con el aborto ocurre en menos de uno de cada 100.000 abortos. ^[ii]

Riesgos y complicaciones asociados con el embarazo y el parto

La mayoría de los embarazos son normales. La mayoría de las mujeres que tienen una buena atención durante el embarazo y el parto tendrán un bebé sin problemas. Sin embargo, algunas mujeres pueden tener problemas de salud o del embarazo que pueden requerir atención especial u hospitalización durante el embarazo. Así como hay riesgos con el aborto, hay riesgos si se continúa un embarazo a término.

Algunos de los problemas de embarazo que pueden generar la hospitalización incluyen un embarazo fuera del útero (embarazo ectópico), aborto espontáneo, vómitos en exceso durante el embarazo, infección del tracto urinario, sangrado profuso o infección, diabetes, preeclampsia y eclampsia (que provoca hinchazón, presión arterial alta y posibles convulsiones), coágulos sanguíneos, trabajo de parto prematuro o muerte del feto, recién nacido o de la persona embarazada.

La muerte de la madre ocurre en aproximadamente 17 casos de cada 100.000 nacimientos con vida en EE. UU. ^[iii]

Servicios disponibles

Muchos servicios pueden estar disponibles para usted si elige continuar con su embarazo. Puede ponerse en contacto con el Departamento de Salud y Servicios Humanos, su departamento de salud local, o su oficina de servicios humanos local para conocer sobre la ayuda en su comunidad. También puede leer sobre la atención prenatal y la información de crianza aquí: [PAQUETE DE EDUCACIÓN SOBRE SALUD EN EL EMBARAZO Y PARA LA INFANCIA \(michigan.gov\)](http://www.michigan.gov/PAQUETE_DE_EDUCACION SOBRE SALUD EN EL EMBARAZO Y PARA LA INFANCIA).

Si desea información sobre la adopción, póngase en contacto con su oficina de servicios humanos local o una agencia de adopción privada.

^[i] M. Paul, E.S. Lichtenberg, L. Borgatta, D.A. Grimes, P.G. Stubblefield, M.D. Creinin; Gestión de embarazo no intencionado o anormal: Atención integral para el aborto. Wiley-Blackwell, 2009, p 136.

^[ii] M. Paul, E.S. Lichtenberg, L. Borgatta, D.A. Grimes, P.G. Stubblefield, M.D. Creinin; Gestión de embarazo no intencionado o anormal: Atención integral para el aborto. Wiley-Blackwell, 2009, p. 225.

^[iii] Sistema de vigilancia de mortalidad por embarazo del CDC, diciembre de 2016
<https://www.cdc.gov/reproductivehealth/maternalinfanthealth/pmss.html>

Dilatación y evacuación (D&E)

Este procedimiento se denomina dilatación y evacuación, o D&E. Se utiliza principalmente después de las 13 semanas de embarazo (en el segundo trimestre). El procedimiento generalmente se realiza en el consultorio médico o en una clínica, pero puede realizarse en un hospital. Su médico puede utilizar un ultrasonido para decidir en qué etapa del embarazo se encuentra antes de D&E.

Para prepararse para el procedimiento, el médico abrirá (dilatará) el cérvix (el cuello del útero). Esto puede realizarse de dos formas y tomar varias horas. Su médico puede elegir ablandar su cérvix antes del procedimiento con un medicamento. O el cérvix puede abrirse insertando uno o más palillos pequeños esponjosos en la abertura del cérvix. Los palillos se expanden con el tiempo a medida que absorben humedad y abren lentamente su cérvix. Los palillos pueden insertarse en su primera visita, para completar el aborto al día siguiente. Su médico también puede elegir abrir el cérvix justo antes del aborto colocando y retirando varas de metal liso que incrementan su tamaño hasta que el cérvix esté abierto en la medida exacta necesaria.

La mayoría de las mujeres sienten algo de dolor durante el procedimiento. El dolor se asemeja a los calambres menstruales, pero puede ser más intenso. Su médico puede hablarle sobre formas en que puede ayudar a lidiar con el dolor, como técnicas de relajación y medicamentos contra el dolor orales o inyectables. A veces se ofrece anestesia general (dormirse). Es importante que pregunte sobre las opciones disponibles para el dolor. Hable con su médico sobre los riesgos de cada tipo de gestión del dolor.

Después de la dilatación, el feto y la placenta se retiran utilizando fórceps u otros instrumentos. Este procedimiento puede tomar entre 15 y 30 minutos. Usted puede tener calambres uterinos después. Permanecerá en el consultorio médico durante aproximadamente 30 minutos después del procedimiento para asegurarse de que se encuentre bien y no tenga sangrado profuso, antes de que se le permita irse.

Riesgos y complicaciones

A continuación, se presentan posibles riesgos de este tipo de aborto. No todos los riesgos pueden aplicar a usted. Hable con su médico sobre qué riesgos son aplicables a usted.

Los riesgos pueden incluir la infección, el sangrado intenso, un hueco o desgarro en la pared uterina, y lesiones en el cérvix. Un riesgo poco frecuente pero posible es que quede parte del tejido del embarazo dentro después del

procedimiento. Esto puede provocar sangrado profuso y/o infección. Las complicaciones graves pueden requerir una cirugía adicional o ser hospitalizada. ^[i]

Realizarse más de un aborto puede incrementar la posibilidad de un parto anticipado, tener bebés con bajo peso al nacer, o un problema médico en que el cérvix se abre con demasiada antelación, lo cual incrementa el riesgo de un aborto espontáneo en un futuro embarazo.

Es poco usual, pero algunas mujeres pueden experimentar sentimientos de tristeza, culpa, ira, problemas para dormir o para realizar actividades diarias tras su aborto. Estos síntomas también pueden ocurrir después del nacimiento de un bebé o después de un aborto espontáneo. Llame a su médico, autoridad de salud mental comunitaria, departamento de salud local u oficina de servicios humanos local para recibir ayuda si tiene alguno de estos síntomas fuertes o duraderos.

Como con cualquier procedimiento médico, la muerte es un riesgo. Sin embargo, la muerte relacionada con el aborto ocurre en menos de uno de cada 100,000 abortos. ^[ii]

Riesgos y complicaciones asociados con el embarazo y el parto

La mayoría de los embarazos son normales. La mayoría de las mujeres que tienen una buena atención durante el embarazo y el parto tendrán un bebé sin problemas. Sin embargo, algunas mujeres pueden tener problemas de salud o del embarazo que pueden requerir atención especial u hospitalización durante el embarazo. Así como hay riesgos con el aborto, hay riesgos si se continúa un embarazo a término.

Algunos de los problemas de embarazo que pueden generar la hospitalización incluyen un embarazo fuera del útero (embarazo ectópico), aborto espontáneo, vómitos en exceso durante el embarazo, infección del tracto urinario, sangrado profuso o infección, diabetes, preeclampsia y eclampsia (que provoca hinchazón, presión arterial alta y posibles convulsiones), coágulos sanguíneos, trabajo de parto prematuro o muerte del feto, recién nacido o de la persona embarazada.

La muerte de la madre ocurre en aproximadamente 17 casos de cada 100.000 nacimientos con vida en EE. UU. ^[iii]

Servicios disponibles

Puede haber muchos servicios disponibles si elige continuar con su embarazo. Puede ponerse en contacto con el Departamento de Salud y Servicios Humanos, su departamento de salud local, o su oficina de servicios humanos local para conocer sobre la ayuda en su comunidad. También puede leer sobre la atención prenatal y la información de crianza aquí: [PAQUETE DE EDUCACIÓN SOBRE SALUD EN EL EMBARAZO Y PARA LA INFANCIA \(michigan.gov\)](http://www.michigan.gov/PAQUETE_DE_EDUCACION_SOBRE_SALUD_EN_EL_EMBARAZO_Y_PARA_LA_INFANCIA).

Si desea información sobre la adopción, póngase en contacto con su oficina de servicios humanos local o una agencia de adopción privada.

^[i] M. Paul, E.S. Lichtenberg, L. Borgatta, D.A. Grimes, P.G. Stubblefield, M.D. Creinin; Gestión de embarazo no intencionado o anormal: Atención integral para el aborto. Wiley-Blackwell, 2009, p 136.

^[ii] M. Paul, E.S. Lichtenberg, L. Borgatta, D.A. Grimes, P.G. Stubblefield, M.D. Creinin; Gestión de embarazo no intencionado o anormal: Atención integral para el aborto. Wiley-Blackwell, 2009, p. 225.

^[iii] Sistema de vigilancia de mortalidad por embarazo del CDC, diciembre de 2016
<https://www.cdc.gov/reproductivehealth/maternalinfanthealth/pmss.html>